In the name of Allah, the Most Gracious, the Most Merciful




## Copyright disclaimer

"La faculté" is a website that collects copyrights-free medical documents for non-lucratif use.
Some articles are subject to the author's copyrights.
Our team does not own copyrights for some content we publish.
"La faculté" team tries to get a permission to publish any content; however , we are not able to contact all the authors.
If you are the author or copyrights owner of any kind of content on our website, please contact us on: facadm16@gmail.com
All users must know that "La faculté" team cannot be responsible anyway of any violation of the authors' copyrights.
Any lucrative use without permission of the copyrights' owner may expose the user to legal follow-up.







# ***CAT DEVANT UN ICTERE***

# *INTRODUCTION:*

•L'ictère est un symptôme qui apparaît quand la bilirubine(pigment jaune) s'accumule dans le sang suite à des perturbations de son métabolisme .

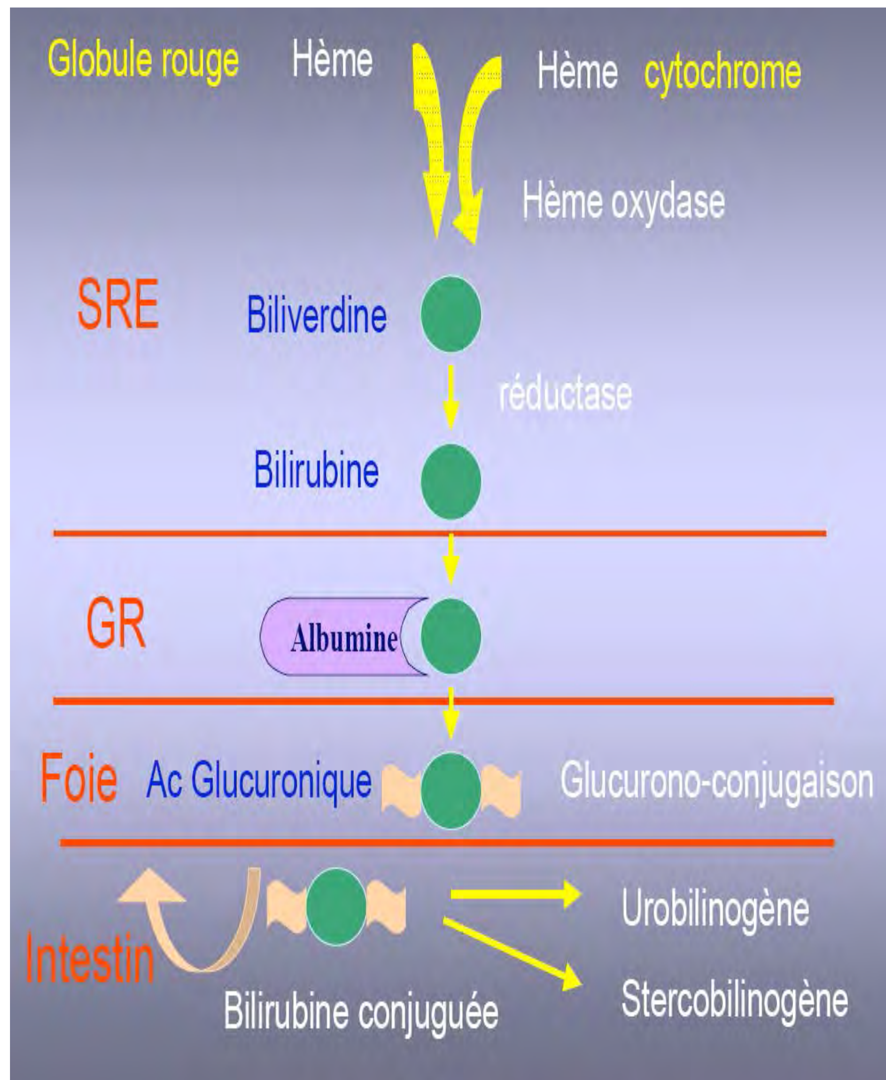
Ictère = taux de bilirubine totale > 51 µmol/L (30mg/L)

•Mécanismes:

- Augmentation prédominante de la bilirubine libre:
  - Destruction augmentée de l'hémoglobine
  - Captation ou conjugaison insuffisante
- Augmentation prédominante de la bilirubine conjuguée:
  - Défaut de sécrétion canaliculaire par les hépatocytes
  - Gêne à l'élimination biliaire

•Les ictères chirurgicaux: +++

# RAPPEL PHYSIOLOGIQUE:

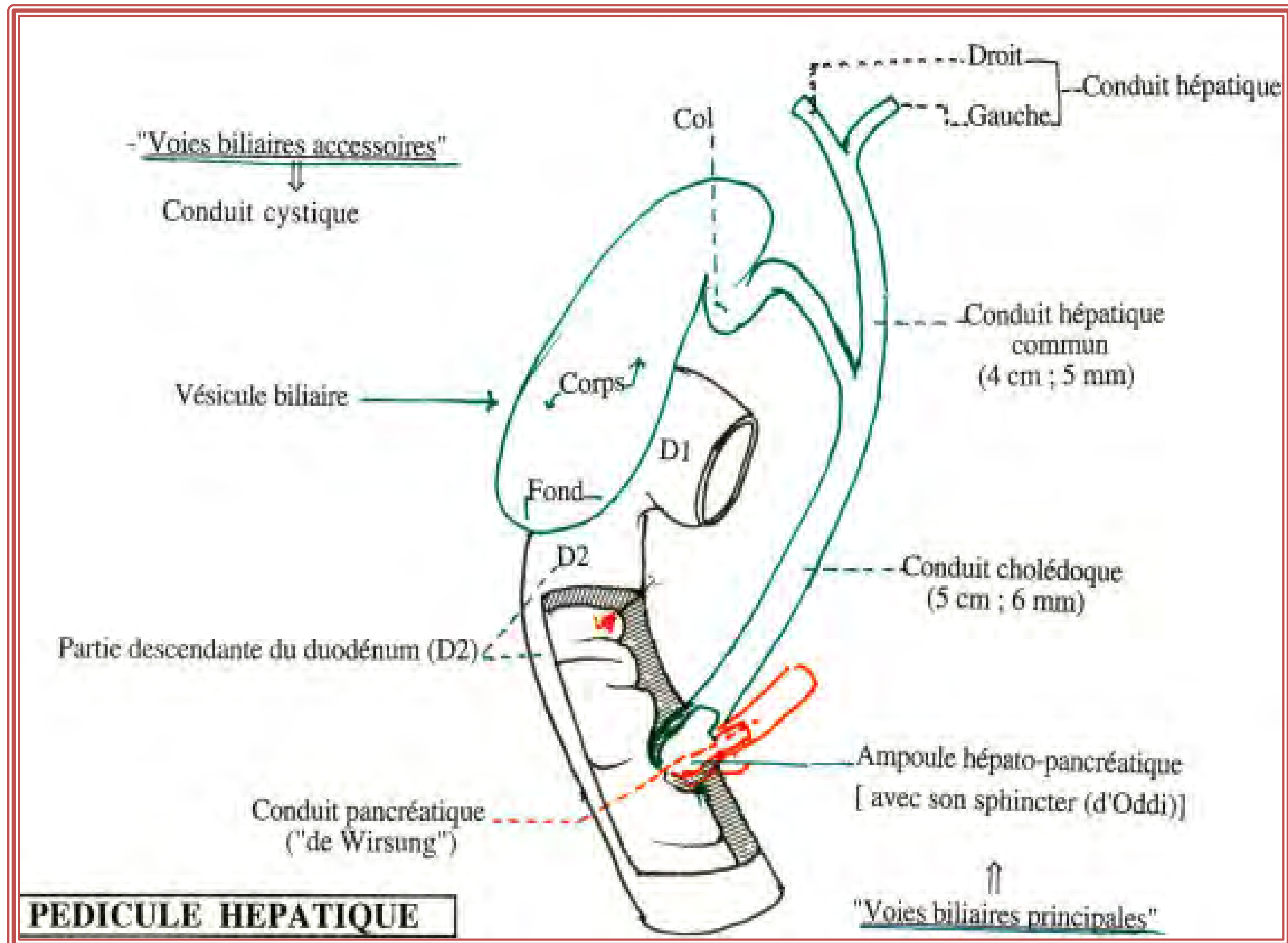



Bilirubine Libre
Non Conjuguée
Indirecte
Liposoluble
Insoluble dans $H_2O$

Bilirubine Conjuguée

Directe

Hydrosoluble


Droit
Conduit hépatique
Gauche
Col
-"Voies biliaires accessoires"
⇓
Conduit cystique
Conduit hépatique
commun
(4 cm ; 5 mm)
Vésicule biliaire
Corps
D1
Fond
D2
Conduit cholédoque
(5 cm ; 6 mm)
Partie descendante du duodénum (D2)
Ampoule hépato-pancréatique
[ avec son sphincter (d'Oddi)]
Conduit pancréatique
("de Wirsung")
⇑
"Voies biliaires principales"
PEDICULE HEPATIQUE

# *CAT DEVANT UN ICTERE:*

- Reconnaître :
  - affirmer l'ictère
  - éliminer ce qui ne l'est pas
- Apprécier la gravité
- Le lier à une cause
- traiter

# *Reconnaître l'ictère:*

***Le diagnostic est souvent facile:***

L'ictère en lui-même n'est pas une maladie, mais un signe de la pathologie sous jacente.

- Ictère = taux de bilirubine totale > 51 µmol/L (30mg/L)
- Subictère =taux de bilirubine totale 25 à 51 µmol/L

***Le diagnostic sera plus difficile si:***

- Ictère discret
- Ictère associé à une pâleur intense
- Certaines ethnies: noirs, asiatiques

# *DIAGNOSTIC DIFFERENTIEL:*

- Pâleur jaunâtre de certaines anémies.
- Hypercarotinémie. Dans ces deux cas, les conjonctives sont de coloration normale.
- Pseudo-ictère picrique apparaissant après l'absorption d'acide picrique.
- Difficulté à reconnaître l'ictère chez les sujets pigmentés.
- Iatrogène: certains ATB, Fluorescéine
- Coloration anormale de certaines pathologies: Wilson, Addison

# *DIAGNOSTIC ETIOLOGIQUE:*

**L'interrogatoire** :

- Age - sexe - profession.
- Ictère : mode de début, date de début, notion de prodromes, évolution, les signes accompagnateurs : coloration des selles et des urines foncées et notion de prurit.
- Autres signes digestifs: colique hépatique, hémorragie digestive.
- Signes fonctionnels témoignant d'une anémie.
- Signes généraux : amaigrissement, fièvre.
- Notion de transfusion sanguine, de soins dentaires
- Antécédents familiaux : notion d'ictère familial.

# L'examen clinique :

- Examen de l'appareil cutanéo-muqueux : rechercher une pâleur, des hémorragies cutanéo-muqueuses, des oedèmes des membres inférieurs et l'existence d'angiomes stellaires.
- Examen de l'appareil digestif: recherche une circulation veineuse collatérale, apprécie le volume et la consistance du foie; recherche une vésicule biliaire palpable, une splénomégalie, une ascite, une douleur provoquée par la manoeuvre de Murphy.
- • Examen général : appréciation du poids en fonction de la taille, recherche d'adénopathies superficielles.

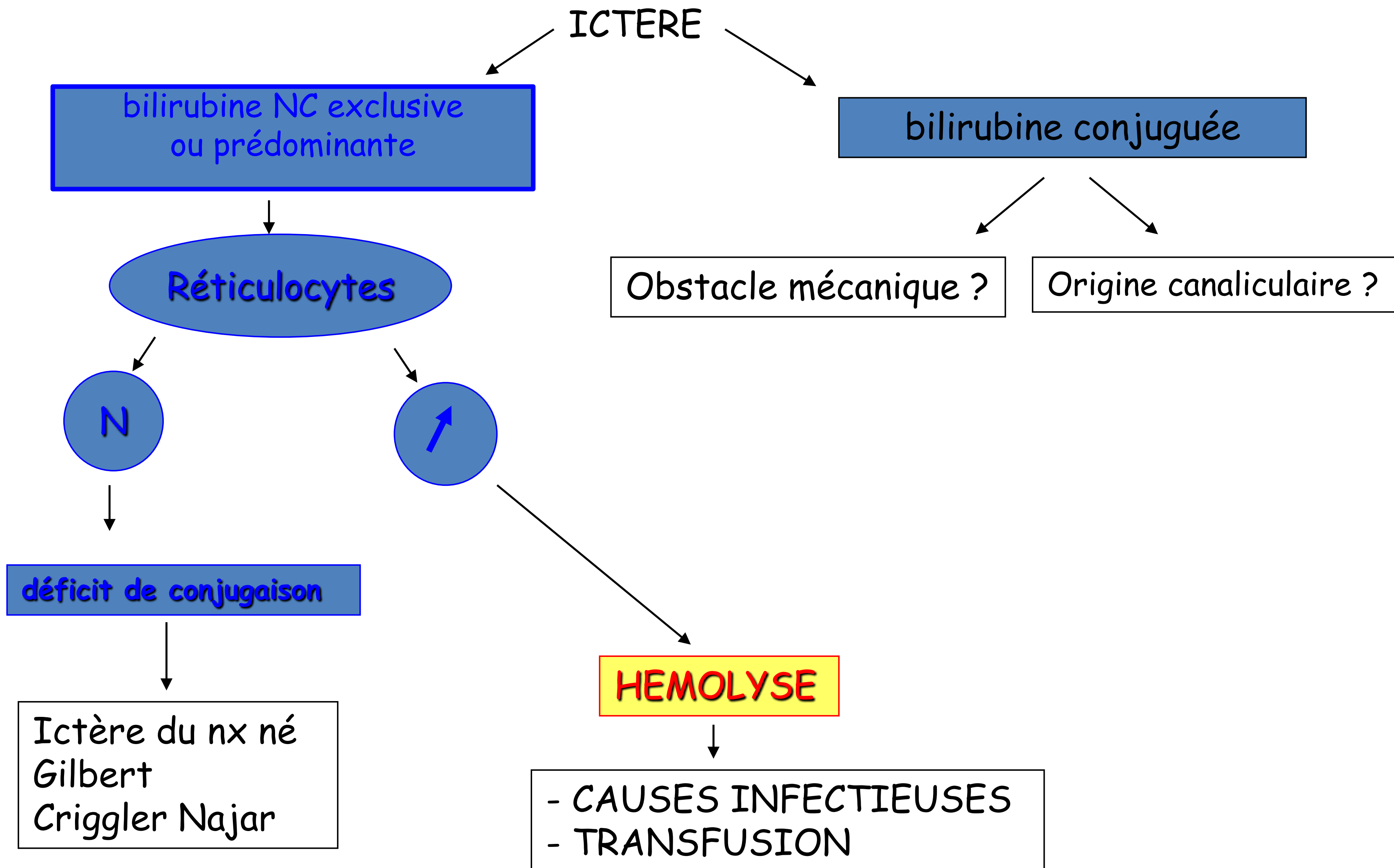
Au terme de l’interrogatoire et de l’examen clinique: orientation diagnostic

**Les examens complémentaires :**dans un premier temps:

dosage de la bilirubine totale et de la bilirubine directe et indirecte qui permettra d'orienter le diagnostic étiologique et de décider des autres investigations complémentaires.

- Si ictère à bilirubine indirecte : une exploration hématologique est nécessaire.
- Si ictère à bilirubine mixte ou à bilirubine directe : nécessité d'une exploration fonctionnelle hépatique, d'une exploration du foie et des voies biliaires:

# approche étiologique



**Les ictères cholestatiques**: sont secondaires à un obstacle sur les voies biliaires

**la démarche diagnostic a 3 étapes**:

diagnostic positif et de siège

diagnostic étiologique( bénin ou malin)

diagnostic de résécabilité

**Démarche de prise en charge:**

- Diagnostic: Reconnaître l'ictère cholestatique:

Ictère, urines foncées et selles décolorées( ictère rétentionnel)

Douleurs biliaires ou pancréatiques et AEG

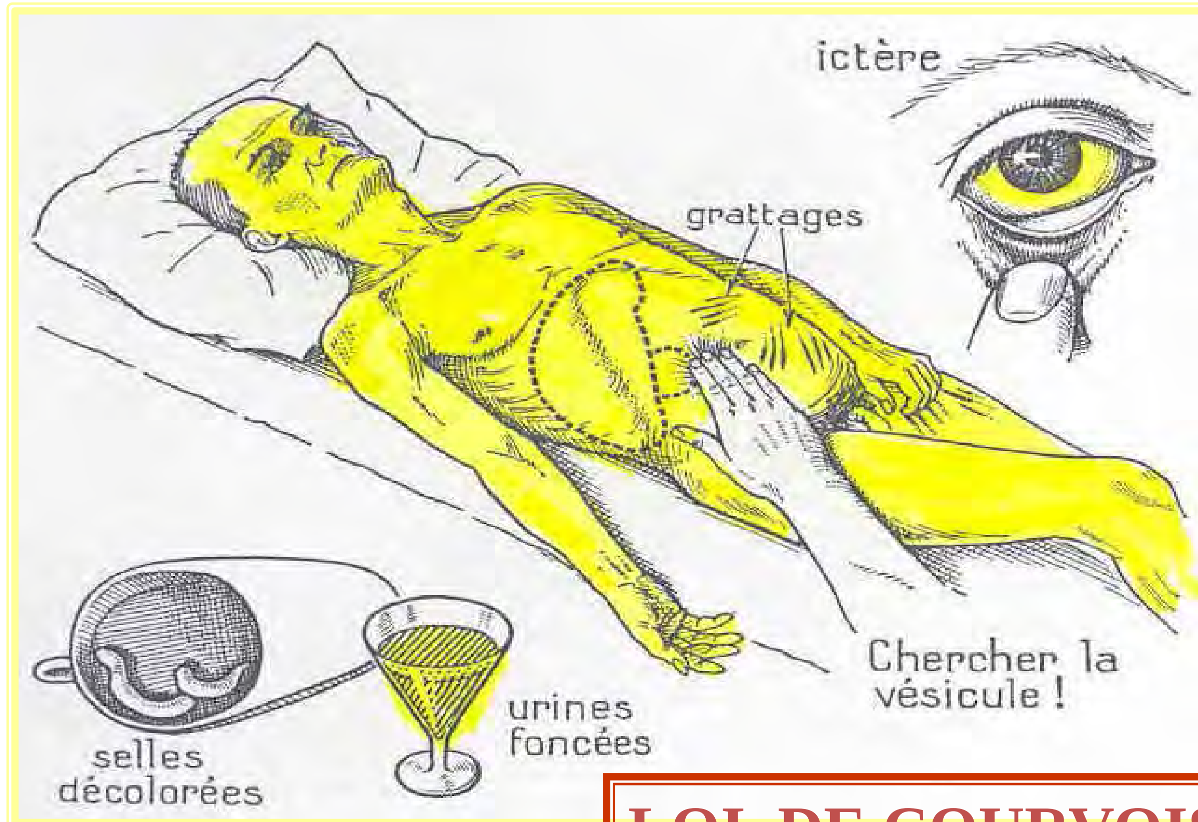
Vésicule ou masse palpable

Bilan biologique: ↗ BT (BC), PAL, des Ý GT, et cholestérol. ↓TP: cholestase

transaminases ↗(ASAT/ALAT): cytolyse

**Quelques tableaux évocateurs:**

- *Affections bénignes*: Bon état général, ictère régressif
- *Cancer vésiculaire*: Ictère, vésicule palpable distendue ou tumorale
- *Cancer de la VBP*: Ictère nu
- *Cancer de la tête du pancréas*: Ictère, vésicule palpable de stase.
- *Ampullome Vatérien*: Ictère, possibilité d'un méléna ou de fièvre




# LOI DE COURVOISIER-TERRIER:

**Ictère +grosse vésicule=cancer du pancréas**
**Ictère sans grosse vésicule=lithiase du cholédoque**

**Apprécier la gravité de l'ictère obstructif:**

- Angiocholite non compliquée: T° élevée allant de 38,5- 39°C.
- Angiocholite compliquée:
  - Abcès hépatique.
  - Hémorragie digestive
  - Trouble neurologique.
  - Insuffisance rénale
- À long terme: une cirrhose biliaire secondaire

**Rattacher à une cause:** Les examens morphologiques:

De nouvelles techniques d'imagerie médicale, notamment la cholangiographie par résonance magnétique (Bili- IRM) et l'échoendoscopie, sont plus sensibles que la tomodensitométrie.

Le cathétérisme rétrograde par voie endoscopique ne garde que des indications à visée thérapeutique.

***Echographie abdominale:*** Examen clé

- Etudier la dilatation des voies biliaires intra-hépatiques et la voie biliaire principale.
- Préciser le contenu de la VBP
- Situer le niveau de l'obstacle: hilaire, pédiculaire ou bas cholédoque.
- Echostructure de la glande hépatique.
- Etudier la vésicule biliaire: volume, paroi, contenu.
- Etudier le pancréas (échostructure, possibilité de tumeur, diamètre du Wirsung).
- Rechercher la présence éventuelle d'adénopathies

**A la fin de l’examen échotomographique :**

- *1ere situation*: diagnostic étiologique fait LVBP, KHF rompu, cancer vésiculaire, cancer hilaire, cancer de la tête du pancréas
- *2eme situation*: diagnostic étiologique non fait, mais le siège de l’obstacle est reconnu.

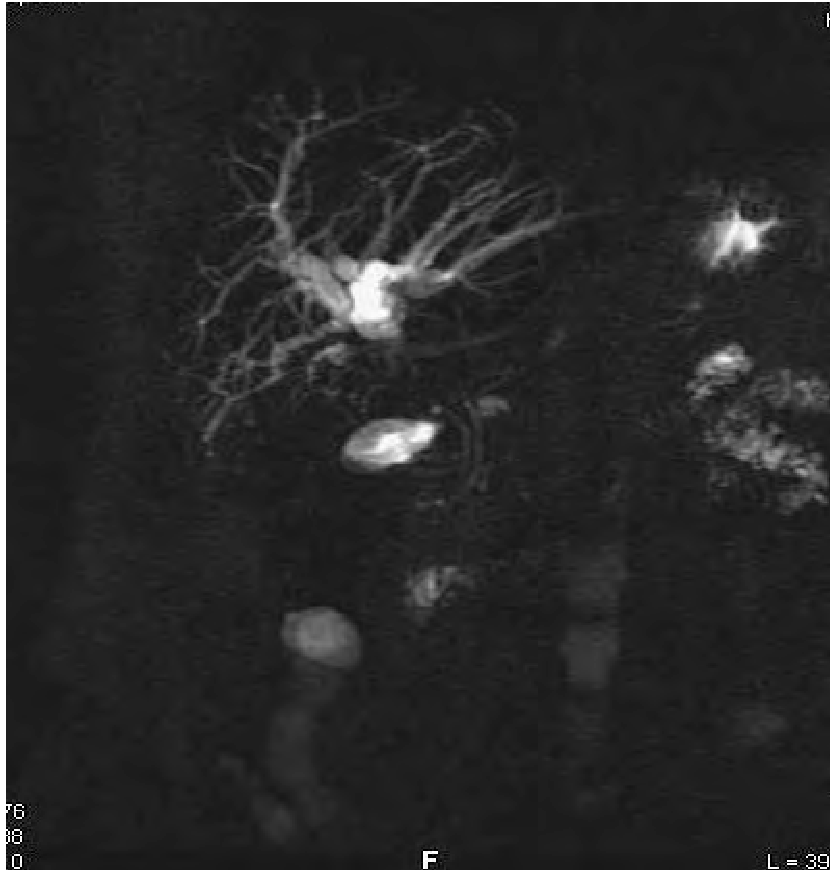
  Obstacle du tiers supérieur (hilaire)

  Obstacle du tiers moyen

  Obstacle du tiers inférieur
- Quels examens faire à partir de cette étape ? bili-IRM, écho-endoscopie, TDM, IRM, CPRE.

## Obstacle des tiers supérieur et moyen:

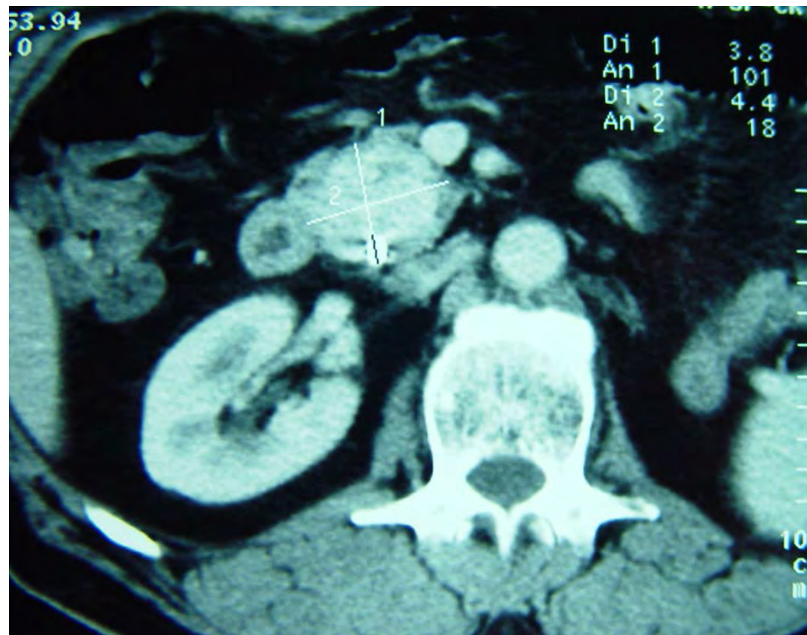
| | Bili-IRM : | Echo-endoscopie. |
|---|---|---|
| Avantage | -Etudie bien le contenu des VB -Etudie bien les voies biliaires. -Siege de l’obstacle en le caractérisant. -praticable quelque soit l’état du patient - Ne nécessite aucune préparation | Etudie bien les voies biliaires jusqu’en sous hilaire. -le pancréas ainsi que la sphère péri pancréatique. -Performante pour les petites lésions |
| Inconvénient | Ne permet pas de geste de drainage | Examen invasif . - Opérateur dépendant. - Ne permet pas de geste de drainage. |
| | | |

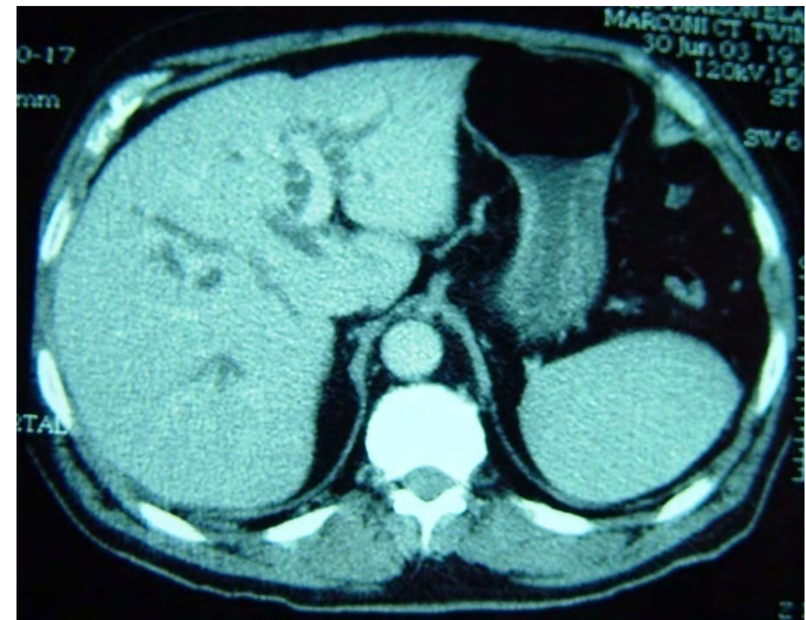

H
76
38
0
F
L = 39

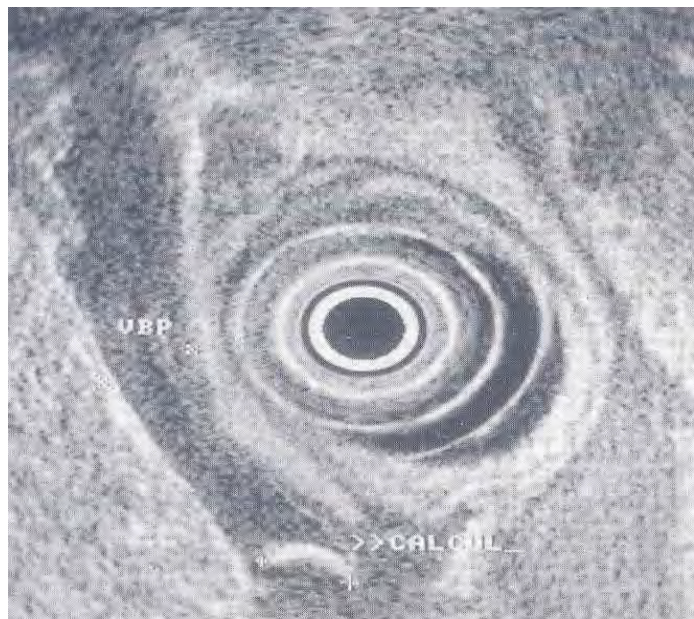


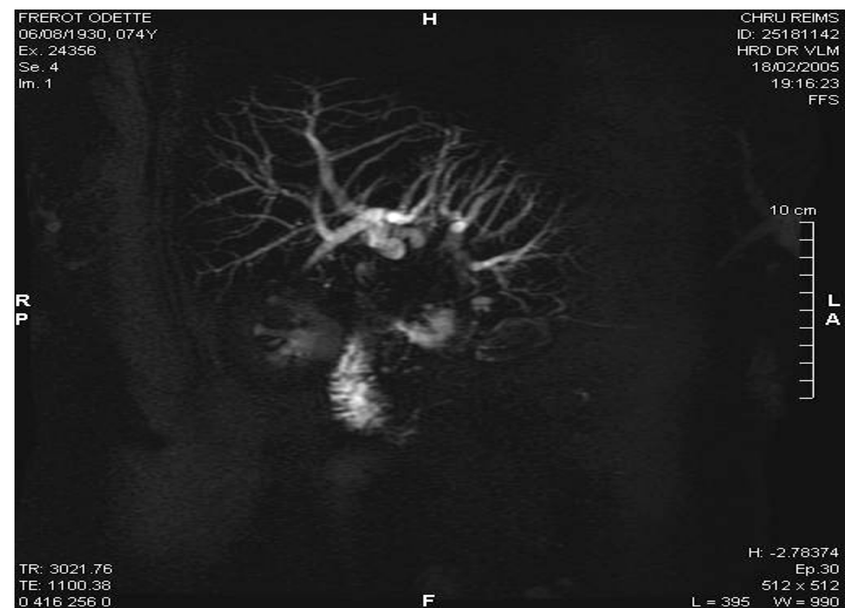
**Obstacle du tiers inférieur :**

- écho-endoscopie est l'examen de choix (exploration de l'ampoule de Vater, du pancréas et de la VBP)
- tomodensitométrie (scanner hélicoïdal et l'angio-scanner): cancer de la tête du pancréas (étude de la tumeur, de ses connexions avec les organes de voisinage et l'extension aux adénopathies).
- Bili-IRM couplée à l'IRM et l'angio-IRM a un avantage: 1/3 inf
- CPRE: Si sphinctérotomie envisagée (LVBP, KHF et ampullome)


53.94
Di 1 3.8
An 1 101
Di 2 4.4
An 2 18
1
2
10
c
m


MARCONI CT TWIN
30 Jun 03
120kV


VBP
>>CALCUL


FREROT ODETTE
06/08/1930, 074Y
Ex. 24356
Se. 4
Im. 1
H
CHRU REIMS
ID: 25181142
HRD DR VLM
18/02/2005
19:16:23
FFS
10 cm
R
P
L
A
TR: 3021.76
TE: 1100.38
0 416 256 0
F
H: -2.78374
Ep.30
512 x 512
L = 395 W = 990

## Etiologies:

***Pathologie extra-hépatique*:**

***Maligne:***

- Kc pancréas, Kc VBP, ampullome Vatérien: ictère, fièvre, méléna, évoque ce dernier.
- Compression / Tm de voisinage ou ADP tumorale

***Bénigne:***

- Lithiases des VBP.
- Traumatisme VBP.
- Parasite (ascaris, Kyste hydatique du foie, particulièrement lorsqu'il se rompe au niveau des voies biliaires), caillot sanguin.
- Cholangite sclérosante primitive; maladie inflammatoire chronique et congénitale ne provoque pas de dilatation des voies biliaires.
- - Compression / ADP inflammatoires

***Pathologie intra-hépatique:***

– Hépatite aigues: virale, alcoolique, médicamenteuses.

– Obstructions aigue des VSH(des veines sus hépatiques).

– Ischémie hépatique

– Lésions ductulaires

– Tumeurs primitives: carcinome hépatocellulaire.

– Cholangiocarcinome.

– Tumeurs secondaires

– Infiltrations hépatiques: granulomatoses:( tuberculose, sarcoidose), amylose, maligne

– Infections: septicémie (endotoxines bactériennes)

– Cholestase constitutionnelle: Dubin Johnson, Rotor.

***Autres***: paranéoplasique, Grossesse, post-op, cirrhose Démarche

## Conduite thérapeutique

- Drainage en urgence si angiocholite ne répondant pas au traitement médical en 24 - 48h : Chirurgie ou sphinctérotomie endoscopique .

L'intervalle entre l'apparition de l'ictère et le traitement doit être le plus court possible (au maximum 1 mois).

- La préparation à l'intervention : Remplissage vasculaire, injection de vitamine K., ATB si angiocholite
- Bilan pré opératoire: Fonctions hépatique, rénale, cardiaque et respiratoire et une crase sanguine.

- **La chirurgie:**

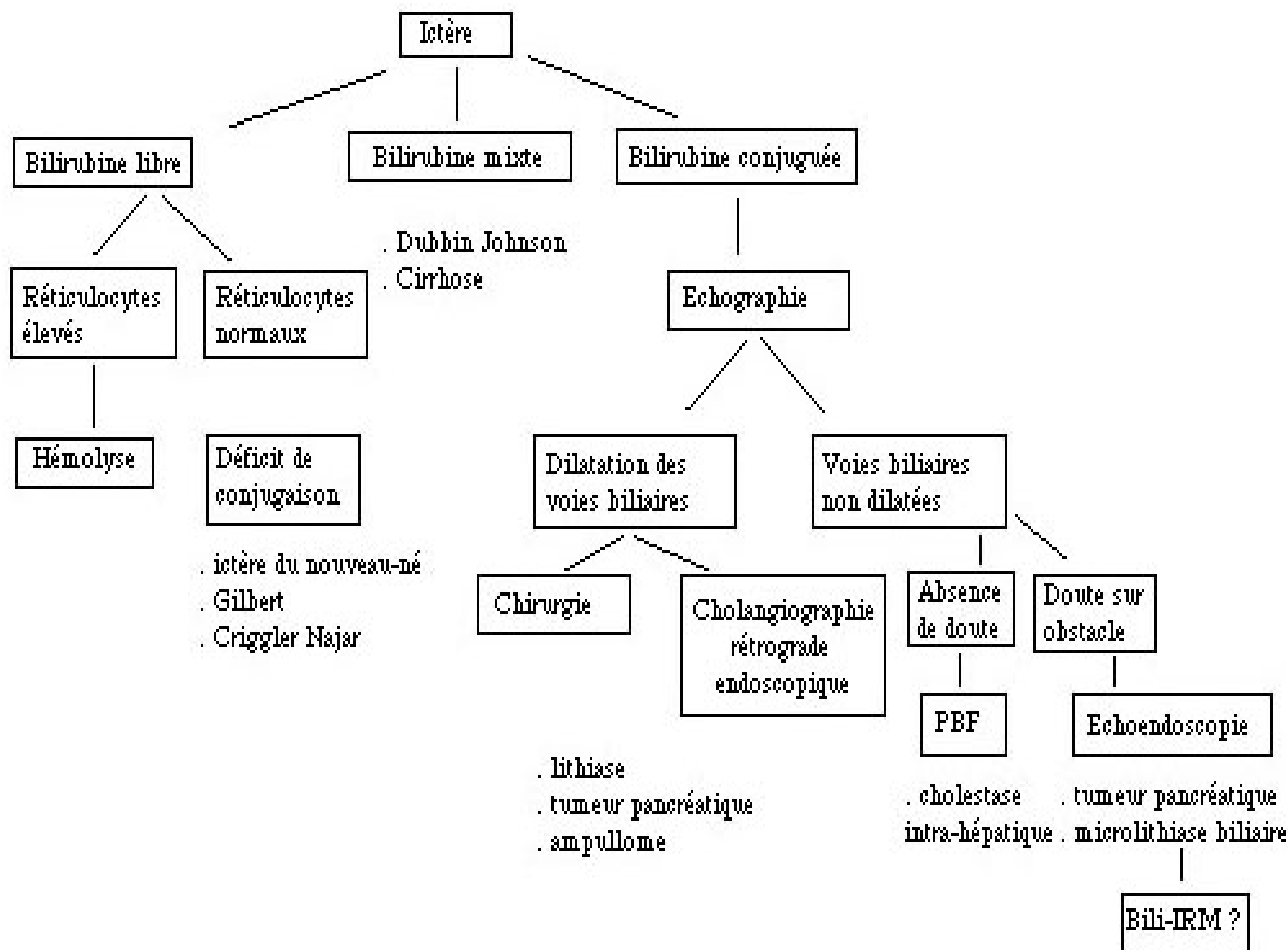
  LVBP, KHF, Traumatisme de la VBP.

  Cancer des voies biliaires, de la tête du pancréas, ampullome vatérien
- **Le traitement endoscopique**: Sphinctérotomie endoscopique.

  LVBP, KHF rompu dans les voies biliaires, ampullome: ampulectomie
- **Le traitement radiologique:**

  Le drainage par prothèse percutanée et trans-tumoral.

  Les prothèses:  trrt palliatif ou préparation à l'intervention : affection néoplasique


Ictère
Bilirubine libre
Bilirubine mixte
Bilirubine conjuguée
. Dubbin Johnson
. Cirrhose
Réticulocytes élevés
Réticulocytes normaux
Echographie
Hémolyse
Déficit de conjugaison
Dilatation des voies biliaires
Voies biliaires non dilatées
. ictère du nouveau-né
. Gilbert
. Criggler Najar
Chirurgie
Cholangiographie rétrograde endoscopique
Absence de doute
Doute sur obstacle
PBF
Echoendoscopie
. lithiase
. tumeur pancréatique
. ampullome
. cholestase intra-hépatique
. tumeur pancréatique
. microlithiase biliaire
Bili-IRM ?

# MERCI